



Anamnesebogen

Name/Vorname..... Geb. Datum:

Telefon (privat):.....(dienstlich):Mobiltelefon:

Beruf/Arbeitgeber:..... Email:.....

Versicherung:.....Hausarzt:.....

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zur Ihrem Gesundheitszustand möglichst sorgfältig, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können?

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-Kreislauf-erkrankungen	Ja	Nein	Infektiöse Erkrankung	Ja	Nein
Bluthochdruck			AIDS		
Herzklappenfehler/Herzschrittmacher			Hepatitis		
Koronare Herzkrankheit			Tuberkulose		
Anfallsleiden (Epilepsie)			Allergien bzw. Unverträglichkeiten		
Asthma/Lungenerkrankungen			Lokalanästhesie		
Diabetes/Zuckerkrankheit			Antibiotika		
Drogenabhängigkeit			Schmerzmittel		
Nierenerkrankungen			Soja		
Lebererkrankungen			Nahrungsmittel		
Stoffwechselkrankheiten			Metalle		
Bauchoperationen			Latex		
Blutgerinnungsstörungen			Sonstige		
Sonstige Erkrankungen?			Wenn ja, welche:		
Besteht eine Schwangerschaft?			Wenn ja, welcher Monat:		
Gibt es Krebserkrankungen in der Familie?			Wenn ja, welche:		
Wurde bei Ihnen bereits eine Magen- oder Darmspiegelung durchgeführt?			Wenn ja, wann/wo:		

bitte wenden!!!



Anamnesebogen

Welche Medikamente nehmen Sie ein (Falinthrom, ASS, Plavix, Iscover, Pille...??)					
Besteht/bestand bei Ihnen eine Krebserkrankung?			Wenn ja, wann/wo:		
Körpergewicht in kg:			Körpergröße in cm:		
Ich leide unter:	Ja	Nein	Sonstige Beschwerden	Ja	Nein
Schluckstörungen			Herz/Kreislauf		
Bauchschmerzen			Atemwege		
Blähungen			Bewegungsapparat		
Durchfällen			Schlafstörungen		
Verstopfung			Schnarchen		
Blutungen			Ohnmachtsanfälle		
Stuhlnunregelmäßigkeiten					
Appetitlosigkeit					
Gewichtsabnahme			Wieviel kg in welcher Zeit?		
Rauchen Sie?			Wenn ja, wie viel pro Tag?		
Trinken Sie Alkohol?			Wenn ja, wie viel pro Tag?		
Auslandsaufenthalte			Wenn ja: wo, besonders Tropenaufenthalte		
Ich bin beschwerdefrei					
Sonstige Beschwerden - Beschreiben Sie mit ihren eigenen Worte Ihre Beschwerden:					
Wann haben die Beschwerden erstmals begonnen?					
Was führt zu einer Verbesserung, was zu einer Verschlechterung der Beschwerden?					
Was ist Ihrer Meinung nach Ursache der Beschwerden?					
Wodurch oder durch wen sind Sie auf unserer Praxis aufmerksam geworden (Kollegen/Freunde(Arzt)?					

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Zusätzlich verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Datum

Unterschrift Patient/in